



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO OESTE
RUA ALMIRANTE BARROSO, 305 - CENTRO - São Miguel do Oeste - SC
CEP: 89900-000 CNPJ: 11.136.549/0001-24 Telefone: (49) 3631-2010
E-mail: saudefinanceiro@saomiguel.sc.gov.br

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO
Nr.: 712/2024

Processo Administrativo: N/A
Data do Processo: N/A
Contrato: Sem termo
Aditivo: N/A
Data da Contratação: 26/04/2024
Sequencial do Contrato: 7786
Data da AF: 26/04/2024
Nº Solicitação de Compra: 147

Página: 1/1

Fornecedor: JOÃO MARIA PIRES
CPF/CNPJ: 563.509.029-04
Endereço:
E-mail:

Telefone:

Prezados senhores,
Comunicamos que o fornecedor acima foi vencedor do(s) item(ns) especificado(s) abaixo.
Aguardamos, portanto, o fiel cumprimento das especificações e condições constantes no Processo Licitatório.

Organograma: 1800100046 - 2 SECRETARIA DE SAUDE
Condição de Pagamento: 05 DIAS DA DATA DO EMPENHO
Prazo de Entrega: IMEDIATO.
Local de Entrega: A COMBINAR
Despesa : 14 - 18.001.10.302.0428.2105.3.3.90.00.00 - Administração dos bens e serviços
Desdobramento : 3.3.90.93.03.00
Recurso : 1.500.1002.1002 - SAÚDE - RECEITAS E TRANSFERÊNCIAS DE IMPOSTOS
Objeto: VALOR QUE SE EMPENHA PARA RESTITUIÇÃO DE VALORES REFERENTES A AJUDA DE CUSTO PARA CUSTEAR DESPESAS DE PERNOITE/ALIMENTAÇÃO, DESTINADA AO PACIENTE J.M.P. E SUA ACOMPANHANTE, POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NOS DIAS 21/03/2024, 24/03/2024 E 25/03/2024, CONFORME PRECONIZA O MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD (ITEM 2.14).
Observação: VALOR QUE SE EMPENHA PARA RESTITUIÇÃO DE VALORES REFERENTES A AJUDA DE CUSTO PARA CUSTEAR DESPESAS DE PERNOITE/ALIMENTAÇÃO, DESTINADA AO PACIENTE J.M.P. E SUA ACOMPANHANTE, POIS O PACIENTE ESTAVA EM TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NOS DIAS 21/03/2024, 24/03/2024 E 25/03/2024, CONFORME PRECONIZA O MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD (ITEM 2.14).

Item	Quantidade	Unid.	Especificação do material	Marca	Preço Un.	Preço Total
1	1,000	UN	5801003775360 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE PACIENTE DO TFD (CÓDIGO 08.03.01.001.0)		24,7500	24,75
2	2,000	UN	5801003775362 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE PACIENTE DO TFD SEM PERNOITE (CÓDIGO 08.03.01.002.8)		8,4000	16,80
3	1,000	UN	5801003775361 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE (CÓDIGO 08.03.01.004.4)		24,7500	24,75
4	2,000	UN	5801003775363 - AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTAÇÃO DE ACOMPANHANTE SEM PERNOITE (CÓDIGO 08.03.01.005.2)		8,4000	16,80
					Total Geral:	83,10

Assinatura do Responsável
São Miguel do Oeste/SC
26 de Abril de 2024